

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THESE

184

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CHARLES BAUDET

Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de l'Influence de la Grossesse
SUR LES SALPINGO-OVARITES

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

1921

184

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT

381



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CHARLES BAUDET

Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE de l'Influence de la Grossesse SUR LES SALPINGO-OVARITES

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU

PARIS

ÉDITIONS MÉDICALES

7, Rue de Valois, 7

1921



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie descriptive	MM.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale		CUNÉO.
Histologie		PRENANT.
Anatomie pathologique		LETULLE.
Chimie		DESGREZ.
Physique		André BROCA.
Parasitologie		BRUMPT.
Bactériologie		BESANÇON.
Physiologie		RICHET.
Pathologie expérimentale		ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales		Marcel LABBÉ.
Pathologie externe		LECENE.
Pathologie interne		RÉNON.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		CARNOT.
Opérations et appareils		Pierre DUVAL.
Hygiène		Léon BERNARD.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine		MÉNÉTRIER.
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	GILBERT.
	Beaujon	CHAUFFARD.
	Cochin	WIDAL.
Clinique thérapeutique	Saint-Antoine	AGHARD.
	Hôtel-Dieu	VAQUEZ.
	Saint-Antoine	HARTMANN.
Clinique chirurgicale	Cochin	LEJARS.
	Salpêtrière	DELBET.
	Tarnier	GOSSET.
Clinique obstétricale	Baudeloque	BAR.
	Pitié	COUVELAIRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BRINDEAU.
— des maladies infectieuses		JEANSELME.
— des maladies nerveuses		TEISSIER.
— des maladies mentales		P. MARIE.
— infantile médicale		DUPRÉ.
— d'hygiène de la première enfance		NOBÉ COURT.
— infantile chirurgicale		MARFAN.
— des voies urinaires		Auguste BROCA.
— gynécologique		LEGUEU.
— ophtalmologique		FAURE.
— oto-rhino-laryngologique		DE LAPERSONNE.
Physiologie appliquée à l'éducation physique		SEBILLEAU.
Stomatologie		LANGLOIS, agrégé.
		FREY.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	DESMARETS.	LAIGNEL-LAVASTI	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	HATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	REITTERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDUIN.	GOUGEROT.	LEREBOUILLET.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIERE.
CAMUS (J.).	GUILLEMINOT.	LEVY-JOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MON PERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR A. BRINDEAU

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

- 1909-1910. M. le Professeur agrégé M. CHEVASSU
(Necker);
1910-1911. M. le Professeur CARNOT (Tenon);
1911-1912. M. le Professeur HAYEM (St-Antoine);
1912-1913. M. le Docteur A. BERGÉ (Broussais);

INTERNAT

- 1919-1920. M. le Docteur G. LABEY (Maison Dubois);
M. le Professeur BRINDEAU (Pitié);
1920-1921. M. le Docteur WIART (Lariboisière);
M. le Docteur ROUX-BERGER (Lariboi-
sière);
1921-1922. M. le Professeur agrégé OMBRÉTANNE
(Enfants-malades).
-

A MES MAITRES PENDANT LA GUERRE

- | | |
|--|---|
| M. le Docteur P. LAUNAY, chirurgien de l'Hôpital Cochin; | } Ambulance
chirurgicale
automobile 18. |
| M. le Docteur R. TOUPET, chirurgien des Hôpitaux de Paris. | |

CONTRIBUTION

à l'Étude de l'Influence de la Grossesse sur les Salpingo-Ovarites

INTRODUCTION

Si l'influence de la salpingite sur la grossesse a été depuis longtemps fort bien étudiée, si de nombreux auteurs ont insisté sur le rôle de la salpingite dans l'avortement, l'influence de la grossesse sur la salpingite a été presque négligée et les traités classiques n'en font que peu ou pas mention. Les complications d'origine annexielle ne sont cependant pas rares au cours de la grossesse et l'on doit, nous semble-t-il, supposer qu'il n'y a pas simple coïncidence.

Durant les six mois d'internat que nous avons passés dans le service de M. le Professeur Brindeau il nous a été permis d'en observer deux cas. Chez plusieurs autres malades, présentant des douleurs ou des accidents infectieux l'hypothèse d'une salpingite a dû être envisagée; et nous avons été frappé par l'extrême difficulté du diagnostic. Souvent

cependant un diagnostic précoce, seul permet un traitement utile.

Nous nous sommes proposé d'étudier les rapports étiologiques qui existent entre les accidents salpingiens et l'état de grossesse, les particularités de l'évolution clinique, les conséquences thérapeutiques qu'entraîne la coexistence d'une grossesse et d'une salpingo-ovarite.

HISTORIQUE

Mégrat, en 1883, étudie la péritonite durant la grossesse, mais le petit nombre de ses observations, les faits très dissemblables qu'il décrit ne comportent pas de conclusions fermes.

Veit, dans le traité de Müller, consacre quelques lignes à ce sujet et relate deux observations de péritonite aiguë chez la femme enceinte, consécutive à la rupture ou à l'extension d'une pelyipéritonite.

Pierre Delbet, dans son traité des suppurations pelviennes, en 1891, consacre quelques pages à l'étude des relations des salpingites et ovarites avec l'infection puerpérale. Il rapporte plusieurs cas où « des salpingites anciennes continuent à évoluer après l'accouchement ou l'avortement et se manifestent par des signes généraux de septicémie et de pyohémie », et cite huit observations de péritonite purulente apparue chez des femmes récemment accouchées et due à l'ouverture d'une salpingite ou d'une ovarite anciennes. Au point de vue thérapeutique il insiste sur ce fait qu'il faut enlever les

trompes si on ne veut pas aller au devant d'un échec certain.

Blanc, en 1892, publie douze observations personnelles et une quarantaine d'autres où est mise en évidence l'influence défavorable de la grossesse sur les inflammations péri-utérines et réciproquement. Il fait suivre ces observations de considérations intéressantes sur l'étiologie, la pathogénie, le diagnostic de ces complications. A cette époque l'on était peu interventionniste, si bien que l'auteur passe presque sous silence la question du traitement.

Parmi les travaux d'ensemble parus plus récemment nous citerons ceux de Hlawacek, Pinard, Fraipont, Bonec, les thèses de Gille, de Vésian, Clénet.

En 1917, M. le Professeur Brindeau écrit un important mémoire sur les « salpingo-ovarites compliquant la grossesse. » Il étudie la salpingite cause d'avortement, mais aussi la salpingite siège de complications d'ordre mécanique ou infectieux durant la grossesse. Il rassemble en un tableau 93 observations de grossesse compliquée d'annexite, et indique le traitement qui dans chaque cas doit être à l'heure actuelle mis en œuvre. Il se montre nettement interventionniste, et à l'appui de ses conclusions, apporte plusieurs observations personnelles dans lesquelles un traitement chirurgical bien conduit a pu sauver des malades qui auraient certainement succombé sans l'intervention.

ÉTIOLOGIE PATHOGÉNIE

Au cours de la grossesse ou des suites de couches les annexites peuvent être le siège d'accidents non septiques, d'accidents inflammatoires, d'accidents de torsion.

ACCIDENTS NON SEPTIQUES

Presque toujours les annexites déterminent la formation d'adhérences, adhérences qui relient la trompe, l'ovaire, l'utérus entre eux et, d'autre part, au petit bassin, aux organes voisins, intestin, épiploon, etc. Et l'on comprend aisément que les tiraillements exercés sur elles par l'utérus qui se développe vers l'abdomen, puissent être cause de douleurs plus ou moins vives.

Il est admis par tous les auteurs que les adhérences se ramollissent au cours de la grossesse. Elles s'imbibent de sérosité, s'assouplissent, deviennent plus élastiques et subissent à ce point de vue les mêmes modifications que tous les organes pelviens. Pinard et Varnier ont insisté sur ce fait

que les adhérences péri-utérines deviennent lâches et faciles à rompre, tandis que les adhérences para-utérines demeurent plus résistantes. Cette constatation est exacte, et dans leurs compte-rendus opératoires plusieurs auteurs, tels Delagenière, insistent sur la difficulté de libérer les annexes de la paroi pelvienne, de l'intestin, de l'épiploon au cours de l'intervention. La résistance de ces brides n'est-elle pas suffisante en certains cas pour déterminer des phénomènes d'occlusion intestinale. Témoin cite un cas d'iléus par brides péritonéales chez une femme enceinte. Kohls a vu une femme mourir au 8^e mois de sa grossesse d'occlusion intestinale par brides péri-ovariennes. Champetier de Ribes a publié un cas semblable dans lequel l'obstacle a été causé par une bride comprimant le colon pelvien. Dans l'observation de Wertheim il s'agissait d'une femme qui au 5^e mois de sa grossesse fut prise brusquement d'iléus; l'étranglement était provoqué par une bride qui reliait l'ovaire à l'utérus.

Il semble donc indiscutable que les adhérences peuvent garder une résistance suffisante pour expliquer en certains cas ces douleurs parfois si vives que l'on peut observer en l'absence de tout signe d'ordre infectieux.

Ces brides peuvent se rompre. En général peu riches en vaisseaux leur déchirure ne provoque que des hémorragies minimales. Munphy cependant fut

dans un cas, obligé de pratiquer la laparotomie pour une hémorragie interne due à la rupture d'adhérences qui reliaient l'ovaire aux organes voisins. Müller, Schmorl et Watkins ont constaté des épanchements sanguins intra-péritoniaux par déchirure de brides anciennes.

ACCIDENTS SEPTIQUES

Ils sont de beaucoup les plus importants.

Les affections inflammatoires de la trompe et de l'ovaire peuvent s'observer au cours de la grossesse dans deux conditions différentes : tantôt les lésions annexielles précèdent la grossesse, tantôt elles se développent postérieurement à la fécondation.

1^o LÉSIONS ANNEXIELLES POSTÉRIEURES

A LA FÉCONDATION

Cette variété de cas doit être assez rare. Elle est surtout très difficile à prouver. Comment pourrait-on affirmer que les annexes étaient saines avant la grossesse. Souvent l'interrogatoire le plus minutieux ne permet pas de reconnaître une lésion qui pourtant existe; alors que le toucher décèle des annexes augmentées de volume, la femme ne présente aucun trouble fonctionnel.

« Si les infections annexielles post-conceptionnelles sont rares, elles existent cependant d'une façon certaine », écrit M. le Professeur Brindeau. Il

admet qu'elles peuvent se produire suivant trois voies : ascendante, appendiculaire, sanguine.

« L'infection peut venir du dehors. »

Nous signalerons d'abord, sans y insister outre mesure, les cas d'inoculation salpingienne par des instruments introduits dans l'utérus dans le but de provoquer l'avortement. Certaines femmes peuvent s'infecter de cette façon quand la tentative d'avortement est pratiquée dès le début de la grossesse. On a même vu se produire des cas de péritonite suraiguë peu de temps après la pénétration de l'instrument, avant que l'œuf ne soit expulsé. »

« Une femme enceinte peut également contracter la blennorrhagie, et l'infection est capable de se propager jusqu'aux annexes par l'intermédiaire de la muqueuse utérine. Ce mode d'infection ascendante semble pouvoir se produire surtout dans les premiers mois de la gestation, à une période où les deux caduques ne sont pas encore accolés. »

« L'infection est même possible plus tard, car nous savons qu'il n'est pas rare de trouver dans la caduque des microorganismes, même à la fin de la grossesse (cas de Walter, d'Emanuel, Brindeau et Nattan-Larrier). »

L'infection peut provenir de l'appendice.

« Nous connaissons les relations entre trompe

droite et appendice. Fueth a insisté sur ce fait que l'appendice, dès le septième mois est accolé à la trompe droite. Clado a décrit son ligament appendiculo-ovarien qui n'est pas constant, il est vrai, mais qui cependant peut jouer un rôle dans la propagation de l'infection de l'appendice à la trompe. Cette voie est certainement intéressante à noter. La fréquence du « flirt » entre la trompe droite et l'appendice est notion classique. Il n'y a pas de raisons pour que ces relations ne se produisent pas pendant la grossesse. C'est du reste ce qui résulte de la lecture des observations. Il est difficile de savoir quel est le point de départ de cette double infection, mais il semble bien que l'infection primitive provienne le plus souvent de l'appendice. »

« Il existe enfin une dernière voie d'infection de la trompe pendant la grossesse et le post-partum :

La voie sanguine.

« Nous savons actuellement (recherches de Sanarelli sur le choléra) que les infections primitivement sanguines et secondairement localisées sont beaucoup plus fréquentes qu'on le croit. Que l'infection survienne pendant la grossesse (grippe, colibacilliose) ou qu'elle se produise dans les suites de couches, il est facile de comprendre que le microbe pourra provoquer une maladie localisée dans la trompe ou l'ovaire. »

C'est la voie que suit vraisemblablement le bacille

de Koch pour atteindre les trompes. Cette infection tuberculeuse des trompes semble très rare pendant la grossesse. Blanc a pu cependant en recueillir cinq observations.

2^o LÉSIONS ANTÉRIEURES A LA FÉCONDATION

Nous admettrons sans la discuter, l'opinion classique, qu'une salpingo-ovarite, tout au moins unilatérale, n'entraîne pas obligatoirement la stérilité.

Les accidents liés à l'existence d'une salpingo-ovarite peuvent se produire soit pendant la grossesse, soit pendant le travail et les jours qui suivent l'accouchement, soit enfin, de l'avis de certains auteurs, à une période plus tardive, dans un délai qui suivant les observations varie de 10 jours à un mois. Nous envisagerons séparément ces diverses périodes.

Grossesse.

L'influence de la grossesse sur les lésions annexielles a été différemment appréciée.

Goullioud prétend que la grossesse agit favorablement sur les salpingo-ovarites chroniques. Certaines observations rapportées par lui présentent les plus beaux cas de guérison complète que l'on puisse voir. La grossesse ramollit les tissus cicatriciels et leur rend la souplesse mieux que tous les massages. Dans les cas cités par Goullioud, les

suites de l'accouchement ont été des plus simples et sans complications.

Fraipont a constaté également que l'influence nocive de la grossesse sur les salpingites même avec adhérences est nulle. Bien plus, le ramollissement normal des tissus utérins et péri-utérins pendant la grossesse, l'ampliation progressive de la matrice et la distension des ligaments amènent peu à peu la déchirure des adhérences et des cicatrices pelviennes. Ainsi disparaissent les traces de l'affection primitive. Ultérieurement ces malades ne ressentent après leur accouchement aucun des malaises qu'elles éprouvaient auparavant.

Hlawacek, Lucas-Championnière émettent une opinion à peu près identique. De Vision également.

Blanc, au contraire, insiste sur l'influence des plus néfastes exercée très souvent par la grossesse sur les inflammations péri-utérines, les salpingo-ovarites en particulier. A l'appui de sa thèse il cite plusieurs observations et des statistiques. En dehors de la grossesse sur 321 cas de pyo-salpingo-ovarites Delbet indique une mortalité de 20 %. D'après la statistique de Blanc basée sur 45 cas d'infection péri-utérine compliquant la grossesse la mortalité générale est de 42 %. Elle s'élève à 62 % si l'on ne tient compte que des salpingo-ovarites.

Parmi les observations publiées on en peut trouver un certain nombre où l'influence aggravante

de la grossesse paraît indiscutable. Des femmes ayant présenté une première grossesse normale font dans les suites de couches une infection plus ou moins marquée avec participation des annexes. A chaque grossesse ultérieure apparaissent régulièrement des poussées aiguës et même finalement des accidents qui nécessitent un traitement chirurgical; dans leur intervalle, au contraire, ces femmes n'accusent aucun trouble. L'intervention met en évidence des lésions salpingo-ovariennes.

Divers chirurgiens ont été amenés à faire une double salpingectomie pour pyosalpinx bilatéral (Bowie, Delagenière, etc.). Il y a tout lieu de supposer que la fécondation n'aurait pu se produire en cet état et que les lésions se sont aggravées depuis le début de la grossesse.

Etablir une statistique qui renseigne même approximativement sur la fréquence de ces complications semble très difficile. La plupart des salpingites sont soignées dans les consultations et services de chirurgie. Lorsque les malades entrent dans une maternité les signes objectifs, même subjectifs, peuvent avoir disparu.

De la lecture des observations il semble bien que l'on puisse conclure avec M. le Professeur Brindeau « qu'un assez grand nombre de femmes qui étaient soignées pour des salpingites deviennent enceintes et mènent leur gestation et leur accouchement sans

accident. Elles disent elles-mêmes que leur grossesse les a complètement guéries et elles voient disparaître les accidents douloureux qu'elles ressentaient auparavant. Mais, à côté de ces cas qui sont améliorés par la grossesse, il en est malheureusement d'autres qui sont considérablement aggravés. »

Il serait d'un grand intérêt pratique de pouvoir discerner parmi les salpingo-ovarites celles qui peuvent permettre une grossesse normale, celles qui restent au contraire une menace pour la gestante. S'il est évident qu'il faut redouter davantage les inflammations récentes, mal éteintes, et celles qui ont donné lieu à des manifestations bruyantes, répétées, il n'en est pas moins vrai que des accidents de la plus haute gravité éclatent parfois chez une femme qui depuis plusieurs mois n'avait ressenti aucune douleur.

PATHOGÉNIE

Lorsque surviennent au cours de la grossesse des complications ayant leur point de départ dans une lésion antérieure de l'ovaire ou de la trompe, divers processus peuvent être mis en cause et expliquer la genèse des accidents.

Dans les salpingites anciennes, celles que l'on opère dans la plupart des cas, on ne trouve plus de microbes, soit « que les conditions nouvelles produites par eux ne permettent plus leur existence, soit qu'ils secrètent un poison toxique pour eux-mêmes ».

SALPINGITES ASEPTIQUES

Une réinfection doit donc nécessairement précéder les accidents. A ce propos, M. le Professeur Brindeau émet cette hypothèse : « Que les germes ne disparaissent peut-être pas aussi rapidement, ni aussi fréquemment qu'on le pense. Lecène et Froin ont montré récemment que d'anciennes cicatrices en apparence guéries contenaient cependant des microorganismes. L'on peut supposer qu'il en est de

même dans les anciens foyers de salpingo-ovarite ». Et l'on pourrait ainsi observer en certains cas le phénomène du « microbisme latent » de Verneuil. Budin insistait beaucoup sur le cas de ces femmes atteintes d'anciens foyers de suppuration semblant complètement guéris qui, à l'occasion d'un accouchement, voyaient leur infection locale se réchauffer.

Souvent donc, pensons-nous, il y a plutôt réveil d'infection que réinfection vraie.

Nous avons étudié les différentes causes qui expliquent les infections annexielles postérieures à la fécondation. La réinfection de vieilles lésions peut se faire suivant les mêmes modes et les micro-organismes suivent en ces cas la voie ascendante, la voie sanguine ou la voie appendiculaire.

La charpente des adhérences qui unissent les unes aux autres les diverses parties du péritoine enflammé est constituée presque exclusivement par des lymphatiques. Les recherches de Lehmann, Marisani jeune, Cappaldi ont montré que les germes partis de l'intestin pouvaient facilement gagner les annexes en suivant les adhérences entéro-génitales. L'on sait si les adhérences de la trompe et de l'ovaire enflammés avec le rectum ou les anses grêles sont fréquentes. D'autre part, la constipation est habituelle durant la grossesse et la virulence du

coli-bacille s'exalte dans la constipation comme dans la diarrhée (Macaïne).

SALPINGITES SEPTIQUES

Lorsque le contenu de la trompe est resté ou redevenu septique les accidents se développent dans des conditions très diverses.

La congestion des organes du petit bassin est envisagée par les uns comme un processus favorable à la guérison et par les autres comme une cause possible d'aggravation. Ces deux opinions renferment peut-être une part de vérité, s'appliquant à des cas différents. Mais il est certain que la poussée congestive des règles est très fréquemment l'origine de crises aiguës d'annexite. Et sans doute la congestion de la grossesse est-elle parfois seule cause du réveil d'une infection mal éteinte.

L'utérus se développant hors du bassin entraîne avec lui ses annexes. Si elles ont été fixées à la paroi du petit bassin par une inflammation antérieure des adhérences peuvent se rompre, entamant parfois plus ou moins la paroi d'une collection de l'ovaire ou de la trompe. Ainsi peuvent être ouverts de petits foyers infectieux. N'invoque-t-on pas un mécanisme analogue dans certaines poussées d'annexites, de pelvi-péritonite consécutives à un curetage : l'utérus est abaissé par la pince de Museux

qui saisit le col, les trompes se tendent, les adhérences cèdent.

La lecture des observations des cas graves montre qu'il s'agit très souvent de la rupture d'une trompe purulente ou d'un abcès de l'ovaire. Ces ruptures peuvent résulter de la traction de l'utérus qui se déplace dans son accroissement normal ou sous l'influence des mouvements du corps.

L'utérus n'augmente de volume que lentement, progressivement; s'il tire sur les annexes c'est de façon peu brutale. Mais il faut se rappeler combien est fragile la paroi de certaines salpingites kystiques. Leguen a rapporté un cas de Hermann dans lequel l'abaissement de l'utérus par une pince de Museux détermina la rupture d'un kyste tubaire. Il a signalé deux cas où pareil accident survint à la suite d'un palper cependant très doux.

L'on peut aussi trouver à l'intervention une trompe perforée, noirâtre par places, présentant l'aspect des appendices gangrénés. Là comme ici, et par les mêmes processus, s'est réalisée une « fissuration septique ».

La paroi du pyosalpinx est parfois intacte, mais le pus vient sourdre à travers l'ostium abdominale. Il en est ainsi dans les observations de Gross et Herrenschmidt, Krosing, Gosset et Mouchotte, Brindeau, etc. La poche salpingienne, le plus souvent

fixée, ne peut fuir la pression de l'utérus augmenté de volume et le pus force l'ostium abdominale

Blanc pense que l'on peut, dans quelques rares cas, invoquer ce mécanisme : il existe des salpingites kystiques qui, à intervalles plus ou moins réguliers, s'évacuent par la cavité utérine. Quand celle-ci est occupée par l'œuf cette soupape fait défaut et l'on peut concevoir que l'ostium abdominale s'entrouvre par l'excès de pression. La grossesse, il est vrai, ne met pas toujours obstacle à cette évacuation; Bouffe de Saint-Blaise en a publié une observation démonstrative.

Travail.

Durant cette courte période, par les contractions de l'utérus les adhérences sont tiraillées avec une certaine violence, le fœtus passant à travers la filière pelvi-génitale peut faire éclater un pyosalpinx ou provoquer son évacuation par l'ostium abdominale. Les diverses manœuvres, expression abdominale, forceps, version, etc., peuvent agir de même.

L'on admet de plus que les contractions de l'utérus peuvent se propager aux trompes et provoquer une éjaculation de pus.

Suites de couches.

Blanc, dans son travail sur les inflammations

péri-utérines dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement, rapporte plusieurs exemples d'accidents salpingiens tardifs. Budin affirme que : « Les accidents des suites de couches apparaissent non 5 ou 6 jours après la délivrance, mais beaucoup plus tôt. Ils éclatent rapidement et brusquement ».

Il existe des accidents précoces et des accidents tardifs. La pathogénie des premiers se rapproche sans doute beaucoup de celle des accidents de la grossesse. L'utérus ayant expulsé son contenu revient sur lui-même, tire ses annexes fixées et peut ainsi déterminer l'ouverture d'une collection.

Dans les cas moins graves, de simples déchirures d'adhérences, peut-être des hémorragies minimes, viennent favoriser la réactivation d'une infection très atténuée.

Il semble difficile d'admettre que ces complications précoces soient le résultat d'une infection ascendante.

Les manifestations tardives débutant 5, 10 jours et même un mois après l'accouchement peuvent prêter à discussion.

Blanc suppose « que les collections maintenues jusque-là affaissées par la pression du contenu utérin et par la pression abdominale, se relâchent, s'ouvrent à nouveau, exerçant un véritable appel sur les liquides qui imbibent leurs parois » et les

microbes trouvent là des conditions favorables à un regain de virulence.

Parmi les accidents tardifs beaucoup sans doute relèvent d'une infection nouvelle. L'on sait que l'envahissement des annexes accompagne souvent celui de l'utérus au cours de l'infection puerpérale. Siredey, sur 29 autopsies de femmes ayant succombé dans ces conditions, trouve 22 fois les trompes dilatées, pleines de pus et les ovaires purulents. Il semble bien difficile de distinguer soit à l'intervention, soit à la nécropsie les cas où l'infection a été déterminée par l'accouchement lui-même, ceux où elle relève d'une annexite antérieure. L'unilatéralité des lésions pourrait, croyons-nous, faire penser à une infection réchauffée.

Peut-être devrait-on admettre dans certains cas une pathogénie mixte. L'infection est due aux agents pyogènes dissimulés dans les replis de la muqueuse vaginale, les glandes du col, etc., ou même venus de l'extérieur, mais ils ne déterminent de localisations salpingiennes que parce qu'ils trouvent là des traces d'une atteinte antérieure, coudures de la trompe facilitant la rétention, tissus altérés moins aptes à se défendre, etc.

Soit pendant la grossesse, soit dans les suites de couches la réactivation d'un processus infectieux mal éteint ou la réinfection d'organes déjà lésés peuvent être favorisées par ces conditions assez peu

connues qui font que la femme enceinte ou récemment accouchée suppure facilement.

TORSION DE LA TROMPE

La torsion de la trompe est extrêmement rare chez la femme enceinte. Sont surtout prédisposées à la torsion les tumeurs libres et les salpingites kystiques sont souvent fixées. Cependant la grossesse par les modifications qu'elle entraîne dans la position des annexes et de l'utérus, par les mouvements qu'elle leur communique sous l'influence des déplacements et des contractures de l'utérus crée une prédisposition particulière à ces accidents.

D'après le Professeur Hartmann la torsion du pédicule des tumeurs liquides des annexes obéirait à une loi. Elle débiterait par la chute en arrière de l'extrémité externe de la trompe, ce qui produirait à droite un mouvement dans le sens des aiguilles d'une montre, à gauche un mouvement en sens inverse. Pendant la grossesse il semble, ainsi que le font remarquer Pinard et Paquy, que la torsion du pédicule s'opère toujours dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, quel que soit le côté où siège la tumeur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous voulons seulement rappeler quelques notions qui nous paraissent intéressantes au sujet de l'évolution ou du traitement des salpingites pendant la grossesse.

On peut observer les diverses variétés de salpingites : catarrhales ou kystiques avec des lésions plus ou moins marquées de péri-salpingite, de péri-ovarite, de pelvi-péritonite et même de péritonite diffuse.

Parfois la trompe infectée apparaît libre de toute adhérence. Le Professeur Brindeau trouva du gonocoque pur dans un de ces cas où le pus venait sourdre à l'ostium abdominale (Obs. V.).

Les abcès de l'ovaire sont rarement isolés. En général il s'agit d'un abcès salpingo-ovarien. Dans quelques observations on relate l'existence d'abcès multiples des ovaires sans participation de la trompe (Obs. I). Parfois les lésions sont très discrètes. Au cours de l'une de ses interventions, le Professeur Brindeau a trouvé seulement un ovaire

droit volumineux, dépoli, qui semblait coincé entre la face postérieure de l'utérus et le ligament large (Obs. III).

Les lésions peuvent être unilatérales ou bilatérales. En ce cas elles sont nettement prédominantes d'un côté.

Les perforations de la trompe sont toujours nettes et ne peuvent passer inaperçues à l'opérateur qui les recherche avec quelque attention.

Normalement les annexes suivent l'utérus dans son mouvement d'ascension. S'il existe une annexe, l'ovaire et la trompe peuvent rester fixés dans le petit bassin.

Si la rupture se produit sur des annexes en situation haute, le pus déversé en pleine cavité abdominale va infecter la plus grande partie du péritoine et sa dissémination peut être favorisée par les mouvements de l'utérus.

L'état de grossesse entraîne une exagération considérable du développement des lymphatiques du péritoine et d'autant plus que le terme est plus rapproché. C'est une cause importante de généralisation de l'infection. Ainsi s'explique la gravité plus grande des accidents des suites de couches comparés à ceux qui succèdent à un avortement.

Les caractères anatomiques de la torsion de la trompe pendant la grossesse sont les mêmes qu'en dehors d'elle.

FORMES CLINIQUE

ET

DIAGNOSTIC

GROSSESSE

Chez les femmes qui ont eu des poussées d'annexites les douleurs apparaissent en général très rapidement après la fécondation. Dans les premiers mois la douleur est pelvienne. Elle irradie vers le haut des cuisses, la région sacrée, les reins. Plus tard son siège s'élève, elle peut remonter jusqu'aux fausses côtes. Elle est en général unilatérale. Calmée par le repos; la station debout, la marche la rendent plus vive. Continue le plus souvent, elle affecte parfois la forme de crises ressemblant à la colique appendiculaire. Ces coliques salpingiennes peuvent être très violentes, en particulier dans le cas d'hydrosalpinx.

Au palper l'abdomen est sensible, principalement dans une fosse iliaque. Ultérieurement la zone dou-

loureuse peut se déplacer vers la partie supérieure de l'abdomen; elle reste parfois pelvienne.

Si l'utérus est suffisamment développé, la main reconnaîtra le long d'un de ses bords, le plus souvent un cordon noueux plus ou moins volumineux qui descend accolé à lui; ce cordon est très douloureux, il roule sous le doigt lorsqu'on le mobilise transversalement. Quelquefois la masse perçue est arrondie, atteignant le volume d'une noix, d'un œuf de poule.

Généralement la trompe augmentée de volume est située au niveau de son siège normal pendant la grossesse. Dans les derniers mois elle se place latéralement à la hauteur ou un peu au-dessous de l'ombilic. Dans certains cas elle reste adhérente au petit bassin. Elle n'est pas alors perceptible au palper, mais on peut la sentir par le toucher vaginal.

Le toucher est rendu difficile par la coexistence d'une grossesse. Lorsque l'utérus occupe encore le petit bassin l'interprétation des sensations recueillies devient souvent impossible. Parfois, au contraire, le doigt perçoit nettement dans un cul-de-sac, dans le Douglas en particulier, une masse à limites assez précises pour qu'on la distingue bien de la matrice.

EVOLUTION

Les douleurs peuvent s'atténuer peu à peu et

même disparaître complètement. Fréquemment elles persistent jusqu'à terme sans que d'autres accidents l'accompagnent ou apparaissent dans les suites de couches.

La grossesse peut être interrompue. Les douleurs deviennent plus vives, la malade perd du sang, des caillots, le produit de conception est expulsé. Souvent c'est à la suite de l'avortement, aussitôt après lui que se manifestent les signes d'une poussée aiguë.

Ces phénomènes inflammatoires se voient en général au début de la grossesse, alors que l'utérus commence à se déplacer. Les douleurs plus vives obligent la malade à garder le lit, la température s'élève à 39°, même plus, l'abdomen se ballonne légèrement. On peut observer quelques vomissements verdâtres. Le toucher vaginal ne permet plus de délimiter l'utérus qui est immobilisé, noyé dans un empâtement général du petit bassin.

Par l'action d'un traitement médical approprié, tout peut rentrer dans l'ordre et la grossesse sans autre complication atteint le terme. De Vésian, dans sa thèse, en rapporte plusieurs exemples. Mais souvent la rétrocession est lente et il faut redouter l'extension du processus infectieux au péritoine de la grande cavité.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de salpingite durant la grossesse présente parfois de grandes difficultés. L'étude des commémoratifs peut être d'une certaine utilité. L'on apprend que la malade présentait des pertes verdâtres empesant le linge, avait des règles douloureuses l'obligeant de temps en temps à garder le lit pendant plusieurs jours avec ballonnement du ventre et température à 38°, 39°. Si la malade n'est pas primipare, elle dit qu'à la suite de l'un de ses accouchements elle a eu de la fièvre et souffert du ventre. Dans ses antécédents l'on peut relever plusieurs fausses couches.

Il faut autant que faire se peut repérer les annexes et par la palpation douce apprécier leur sensibilité qui souvent au cours de la grossesse, en dehors de toute inflammation, est exagérée. Un examen brutal, surtout chez une malade nerveuse pourrait induire en erreur et faire croire à des lésions qui n'existent pas.

Budin et Chaignot ont insisté sur les douleurs durant la grossesse et ils les rattachaient à une névralgie ovarienne. Dans la plupart des cas les douleurs annexielles sont dues à des lésions inflammatoires.

Le diagnostic se pose de façon différente suivant

que l'on envisage une grossesse à son début ou bien à une période plus avancée.

DEBUT DE GROSSESSE

Les causes de douleurs abdominales chez la femme enceinte sont nombreuses, qu'elles soient génitales ou non. Nous ne passerons pas en revue toutes celles qui peuvent créer une confusion.

Nous avons eu l'occasion d'observer une grossesse développée dans un utérus cordiforme. Les premiers mois furent marqués par des douleurs assez vives, presque continues, qui auraient pu induire en erreur si la malformation n'avait été reconnue. Sa netteté n'était d'ailleurs pas égale à tous les moments.

S'il n'y a pas de masse perçue par le vagin, si la douleur siège à droite, l'on peut penser à une appendicite compliquant la grossesse, éventualité qui n'est pas rare. La notion d'une crise d'appendicite antérieure, la constipation, l'accélération du pouls, l'état saburral de la langue peuvent permettre le diagnostic. La douleur de la salpingite à cette période est plus basse et plus interne que le point de Mac-Burney.

Lorsqu'une grossesse se greffe dans une corne utérine, au début cette corne est notablement développée tandis que le corps utérin n'est que légèrement augmenté de volume. Etant donné les signes

sympathiques de grossesse, l'arrêt de règles, l'on peut croire à une grossesse compliquée d'une tumeur adjacente. Mais la corne gravide est plus molle qu'une trompe ou un ovaire enflammé et si l'on masse cette fausse tumeur on la sent se contracter sous les doigts.

Il est plus difficile de distinguer une grossesse compliquée de salpingite d'une grossesse extra-utérine. Dans les deux cas on peut constater une masse juxta-utérine et la femme se plaint de douleurs. Dans la grossesse extra-utérine les hémorragies petites, répétées sont habituelles. La malade n'attire d'ailleurs pas toujours spontanément sur elle l'attention, car elle les prend pour ses règles. C'est en questionnant minutieusement sur ces pertes qui n'ont ni la durée, ni l'abondance habituelles, ni la régularité des règles que l'on peut éviter l'erreur.

L'utérus gravide en rétroversion peut déterminer de vives douleurs. Mais l'on distingue assez aisément cet utérus rétrodévié d'une tumeur salpingienne. L'utérus est régulier, non douloureux au toucher. Dans la salpingite, en avant de la tumeur qui occupe le Douglas, derrière la symphyse pubienne l'on perçoit le corps de l'utérus.

Un fibrome sous-péritonial, de la paroi postérieure plus particulièrement, peut aussi prêter à confusion. Mais le fibrome est plus dur, il fait corps avec l'utérus, se mobilise avec lui. Il n'est pas pos

sible de trouver un sillon séparant les deux tumeurs. Dans le cas de fibrome, la perception de plusieurs noyaux durs fait souvent poser le diagnostic.

Lorsqu'au début de la grossesse surviennent des poussées aiguës d'annexite, de pelvi-péritonite, le diagnostic devient souvent des plus difficiles. Si la grossesse n'a pas été reconnue antérieurement il n'est pas aisé de le faire à ce moment. L'utérus noyé au milieu de masses inflammatoires est senti avec peine. L'excès de volume qu'il présente est mis sur le compte de la lésion avoisinante. L'examen local est douloureux, parfois impossible s'il n'est fait sous anesthésie. Fréquemment en de pareilles conditions et en dehors de la grossesse, le col est souple et ramolli. L'état des menstruations, l'existence de signes sympathiques de grossesse éveilleront l'attention et permettront d'éviter une erreur.

Une hématocele enkystée peut être prise pour une grossesse compliquée de salpingite. Dans l'un et l'autre cas les signes sympathiques de grossesse peuvent exister, l'utérus est augmenté de volume, il y a retard de règles. Dans la rupture de grossesse tubaire il y a des pertes de sang souvent noirâtres avec débris de caduque, les accidents ont en général un début brusque, la masse perçue près de l'utérus est habituellement plus volumineuse, la tempéra-

ture reste parfois près de la normale, la malade est pâle.

Il faut aussi songer aux premiers mois de la gestation à des accidents consécutifs à une intervention criminelle, métrite septique, perforation de l'utérus. Les conditions morales du sujet, la brusquerie des accidents, leur généralisation rapide, l'absence de localisation péri-utérine pourront faire soupçonner la vérité; mais en dehors des aveux de la femme il sera toujours bien difficile d'arriver à une conviction ferme sur la nature des accidents.

L'on doit encore tenir compte de toutes les tumeurs proprement dites : fibromes, kystes de l'ovaire, kystes dermoïdes qui peuvent se fixer et s'enflammer dans le petit bassin au cours d'une grossesse.

Le diagnostic des différentes affections péri-utérines entre elles se fera par les mêmes signes qu'à l'état de vacuité. Toutefois, la réplétion du petit bassin par l'utérus gravide rend plus difficile le diagnostic de la lésion.

GROSSESSE AVANCÉE

A mesure qu'on se rapproche du terme les causes d'erreur deviennent plus nombreuses, nous nous bornerons à signaler les principales.

La pyélonéphrite débute d'ordinaire assez brusquement par une douleur dont le siège, tout au

moins dans les premières heures, est souvent éloigné de la région lombaire. La température monte aussitôt à 39°, 40°, la face est vultueuse, les vomissements ne sont pas rares. La palpation permet sinon dès le premier examen, du moins rapidement, de localiser le maximum de douleur dans l'angle corto-lombaire. Un examen des urines peut assurer le diagnostic.

A cette période distinguer la salpingite de l'appendicite devient particulièrement délicat. La douleur de l'appendicite peut s'écarter sensiblement du point de Mac-Burney. La paroi abdominale tendue par l'utérus très développé rend l'examen très difficile. Fraenkel recommande d'examiner la femme dans le décubitus latéral gauche. L'utérus est entraîné par son poids et la fosse iliaque droite devient plus accessible. Il en est ainsi chez la multipare dont la paroi flasque se laisse distendre. Chez la primipare la sangle abdominale maintient au contraire l'utérus qui ne se déplace que très peu. L'existence de troubles digestifs, les antécédents de la malade, la non perception d'un cordon salpingien permettent parfois de poser le diagnostic ferme d'appendicite, très souvent il reste douteux.

Les douleurs par tiraillement des nerfs de la paroi abdominale, des abdominaux-génitaux en particulier sont fréquentes. Leur siège est le même que dans la salpingite. La malade souffre des reins,

du bas-ventre, de l'aîne. Mais le palper, le toucher sont négatifs. Le port d'une ceinture soulage la femme.

PÉRITONITE

Au cours de la grossesse la péritonite a été notée par M. le Professeur Brindeau 10 fois dans les trois premiers mois, 3 fois à 4 mois, 1 fois à 5 mois, 4 fois à 6 mois, 2 fois à 7 mois, 2 fois à 8 mois, 10 fois à terme.

La péritonite consécutive à la rupture d'une poche purulente de l'ovaire ou de la trompe, à l'évacuation de pus par l'ostium abdominale s'accompagne de tous les signes dramatiques de la péritonite par perforation.

Le début est brusque, la douleur aiguë peut être vive au point de provoquer la syncope. D'abord localisée en un point de l'abdomen elle se généralise rapidement. En même temps l'état général devient mauvais, le teint se plombe, les yeux se cernent. Le pouls s'accélère, la température monte à 39°, 40°.

L'abdomen est d'abord rétracté, la respiration n'en mobilise plus la paroi. La palpation provoque en tous les points une douleur vive qui peut cependant garder son maximum dans la zone où elle a débuté. Sous la pression la plus légère les muscles

abdominaux se contractent énergiquement. Il y a de l'hyperesthésie cutanée. La malade n'émet ni matières, ni gaz.

Très rapidement dans cette variété de péritonite la paroi abdominale se laisse distendre et donne une résonance tympanique. Les vomissements apparus plus ou moins précocement se répètent, le pouls devient petit, difficilement comptable, la température reste élevée ou redescend vers la normale.

En quelques jours, souvent en 24, 48 heures, la malade meurt.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de péritonite en pareilles conditions est habituellement fait.

L'arrêt des matières, des gaz, le ballonnement, la douleur, les vomissements pourraient faire croire à une occlusion.

La douleur vive, l'état syncopal de la malade, la défense abdominale accompagnent également la torsion d'un kyste de l'ovaire, accident d'une certaine fréquence au cours de la grossesse. Mais à côté de l'utérus augmenté de volume l'on reconnaît une tumeur tendue, régulière, arrondie dont les dimensions s'accroissent nettement dans l'espace de quelques heures. Il est vrai que les souffrances de la femme rendent souvent l'examen difficile.

L'état général s'aggrave moins rapidement que dans la péritonite.

Rattacher la péritonite à sa cause est autrement difficile. Si la salpingite n'a pas été reconnue antérieurement l'on peut penser à la perforation de l'un des organes à contenu septique de l'abdomen. Et le diagnostic reste hésitant jusqu'à l'intervention ou la nécropse.

TRAVAIL ET SUITES DE COUCHES

Les complications salpingiennes peuvent se manifester dès le travail. Il en est ainsi dans les observations de Rob, Clénet, Mary. Plus souvent les premiers symptômes apparaissent après l'accouchement, mais peu de temps après lui. La précocité des accidents doit attirer l'attention du côté des annexes, et Budin, ainsi que nous l'avons déjà dit, insistait sur leur apparition brusque et rapide.

Tantôt l'infection évolue suivant le type de l'*infection puerpérale légère*.

La température, le soir du deuxième jour s'élève à 38°, 39°, même 40° et présente du matin au soir des oscillations de un ou deux degrés. Le pouls s'accélère, restant toutefois en rapport avec la température. La malade se plaint de maux de tête, elle a des nausées, quelques vomissements. Le facies est un peu coloré, l'abdomen est ballonné. Ce sont en général les douleurs qui attirent au début l'atten-

tion; quelques heures après l'accouchement la malade les accuse déjà. C'est en particulier ce que nous avons nettement observé dans le cas de notre malade (Obs. II). Elles sont plus ou moins vives, occupent le bas-ventre, les reins. Continues elles présentent souvent des paroxysmes. La pression les localise aux côtés de l'utérus qui suit son évolution normale, revient peu à peu sur lui-même. Les lochies ont bon aspect.

Rapidement l'orifice interne cesse d'être perméable. Le doigt perçoit dans un cul-de-sac une masse dure et sensible dont les limites ne peuvent être précisées, annexes enflammées avec réaction plus ou moins accentuée du péritoine voisin. Parfois la main qui palpe reconnaît une tuméfaction haut située, accolée aux bords de l'utérus. Celui-ci a perdu, dans une mesure variable, de sa mobilité.

Sous l'influence d'un traitement médical cette forme aboutit en général à la guérison en quinze jours, trois semaines. Une collection peut cependant se constituer qui viendra bomber dans le Douglas ou cheminant dans une fosse iliaque se rapprochera progressivement de la paroi antérieure.

Le syndrome infectieux peut revêtir une allure plus sévère de septico-pyohémie, de *fièvre puerpérale grave*. Tels sont les cas rapportés par Baldy, Guillemet, etc. Le début de l'infection est marqué le premier, deuxième, troisième jour par des frissons

avec accélération notable du pouls, élévation de la température, du ballonnement de l'abdomen, une douleur vive. Le traitement médical est impuissant à arrêter la marche de ces accidents. Au bout d'un mois Baldy trouva sa malade émaciée avec une température élevée, un pouls à 130, des sueurs nocturnes, de l'insomnie. Son abdomen était distendu, tympanique, très douloureux. L'examen permettait de sentir à gauche de l'utérus une grosse masse très adhérente, irrégulière, extrêmement sensible. La laparotomie montra l'existence d'une salpingite unilatérale dont l'extirpation fut suivie de guérison.

DIAGNOSTIC

Distinguer ces formes de complications salpingiennes de l'infection puerpérale vraie est souvent très difficile. La précocité des accidents, l'étude des antécédents, la constatation dès les premiers jours d'une masse douloureuse juxta-utérine, alors que les lochies gardent leur aspect normal, pourront cependant permettre un diagnostic.

Dans le cas de métrite puerpérale il arrive fréquemment que le corps de l'utérus étant peu sensible la pression détermine sur ses parties latérales une douleur très vive qui pourrait en imposer si l'on n'était prévenu, pour une inflammation des annexes. Cette douleur qui répond à la compression des pédicules nerveux de l'utérus est fréquemment

observée. Mais dans la métrite puerpérale l'involution est retardée, le col reste perméable au doigt, les lochies grises sentent mauvais, les culs-de-sac sont libres.

Durant les suites de couches pathologiques on peut voir de très volumineuses tuméfactions juxta-utérines revenir en quelques jours à un léger noyau. Il s'agit alors d'une infection du tissu cellulaire, consistant surtout en infiltration oedémateuse et de ce fait bien distincte de la salpingite et du phlegmon proprement dit (Coudert, Guilbert). On comprend que dans ces cas le diagnostic puisse être particulièrement difficile et fixé seulement par l'évolution.

PERITONITE

La rupture d'un pyosalpinx est rare pendant le travail, ou du moins les lésions produites pendant l'accouchement ne se manifestent souvent qu'après l'expulsion du fœtus.

Quand cette complication survient dans le puerperium c'est généralement dans les 24 ou 48 premières heures qu'on la voit débiter.

Les signes sont ceux de la rupture pendant la grossesse, l'évolution est plus rapide encore. La terminaison presque constante est la mort.

Diagnostic.

Les difficultés du diagnostic sont presque toujours très grandes.

Si les lésions salpingiennes ont été précédemment reconnues la péritonite peut être rattachée à sa véritable cause. Autrement l'erreur est presque inévitable et d'autant plus que le toucher, en raison de la douleur, du ballonnement, de l'augmentation de l'utérus peut être trompeur. L'observation de Grosse et Herrenschmidt en fait la preuve : une salpingite gauche avait été constatée au 4^e mois de la grossesse. Des accidents éclatèrent au cours du travail et s'aggravèrent rapidement. L'on pensa à la rupture d'un pyosalpinx. Le toucher vaginal fut pratiqué sous chloroforme trois jours après l'accouchement et ne permit de trouver aucune trace d'annexite. L'autopsie, le lendemain, montra pourtant une salpingite gauche, origine des complications.

Le plus souvent on croit à une péritonite puerpérale. Le début de celle-ci est en général un peu plus tardif, reculé au 3^e, 4^e, 5^e jour, mais dans la forme foudroyante de la péritonite puerpérale c'est parfois dès le lendemain de l'accouchement qu'éclatent bruyamment les accidents. Nous avons eu l'occasion d'observer une malade qui, 15 heures après un accouchement normal, avec rupture tempestive des membranes, délivrance naturelle complète pré-

senta les premiers signes violents d'une péritonite : frissons, température à 40°, pouls rapide, douleur abdominale intense et généralisée, vomissements, etc. La rapidité de l'évolution nous fit croire à la rupture d'un pyosalpinx. A l'autopsie on trouva une péritonite puerpérale.

Parfois, cependant, la perception d'une masse très douloureuse dans un cul-de-sac, ou simplement la fixité de l'utérus permettent le diagnostic.

PRONOSTIC

Ainsi que nous l'avons déjà dit, l'influence de la grossesse sur les salpingo-ovarites est extrêmement variable. Il nous semble impossible d'établir un pourcentage qui précise la fréquence de l'aggravation et de l'amélioration.

M. le Professeur Brindeau pense que « dans le pronostic de la salpingite chez la gestante, on doit tenir compte de la nature de l'affection primitive. Il résulte de la lecture des observations que la salpingite gonococcique prédispose plus facilement aux accidents que les autres salpingites; on retrouve, en effet, très souvent la blennorrhagie dans les antécédents des malades ayant des accidents pendant la grossesse »

Nous avons vu, d'autre part, que ces trompes atteintes d'infection à gonocoque peuvent être libres de toute adhérence, facteurs de gravité indiscutable.

Si l'on peut prétendre que les complications sont rares, leur gravité semble bien démontrée. Nous

avons donné la statistique Blanc, celle de M. Brindeau permet les mêmes conclusions. Dans cette dernière la mortalité générale est de 42 %, de 23 % dans le phlegmon du ligament large, de 36 % dans la salpingite, de 80 % dans la péritonite. L'on peut, il est vrai, reprocher à ces statistiques de grouper des cas trop anciens, trop disparates qui fixent mal sur la gravité actuelle de ces accidents.

Les complications survenant près du terme ou après l'accouchement sont plus graves, d'une façon générale, que celles qui succèdent à un avortement. Plus est avancée la grossesse plus est développé le réseau lymphatique du péritoine, plus sont grand les risques de diffusion de l'infection. D'autre part si les annexes ont suivi l'utérus dans la partie haute de l'abdomen, le pus est déversé en pleine grande cavité et la localisation des phénomènes infectieux est tout à fait exceptionnelle.

Le pronostic fœtal nous intéresse parce qu'il doit entrer en ligne de compte dans la discussion du traitement.

Les salpingo-ovarites provoquent fréquemment l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Lorsque des accidents se déclarent avant l'accouchement, le fœtus fréquemment est expulsé mort. L'on voit aussi des enfants semblant offrir une vitalité parfaite après l'accouchement, mourir dans les heures ou les jours qui suivent en présentant

des phénomènes de cyanose, des convulsions, de l'hyper ou de l'hypothermie, indices d'une infection ou d'une intoxication profondes. Des faits analogues s'observent dans l'appendicite. Pinard et Wallich ont démontré la propagation de l'infection maternelle à l'enfant par voie placentaire.

TORSION DE LA TROMPE

« Cette complication se produit soit dans le premier tiers de la grossesse, 3 mois (Delassus), 4 mois (Pinard), soit à la fin de la grossesse (Pinard, Péreire). Cette plus grande fréquence à ces périodes de la gestation est du reste une règle qu'on observe également dans les cas de kystes de l'ovaire compliquant la grossesse.

« Les signes n'offrent rien de particulier; ce sont ceux de la torsion du pédicule de l'hydrosalpinx en dehors de la grossesse : douleur dans l'abdomen brusque, violente, syncopale; irradiations douloureuses dans les régions inguinales ou la face interne des cuisses; vomissements, état de schock, température normale, ou au-dessous de la normale, pouls rapide. L'abdomen est douloureux et ballonné. La douleur présente son maximum d'intensité sur un des bords de l'utérus. Si la grossesse est à son début, on sent facilement la tumeur qui est accolée à l'utérus gravide. Si, au contraire, la femme est à terme, le plus souvent l'hydrosalpinx passe inaperçu. »

Les crises de torsion du pédicule se reproduisent parfois à plusieurs reprises pendant la même grossesse (Pinard).

Elles donnent généralement naissance à des erreurs de diagnostic et l'on pense à une appendicite, à une colique néphrétique ou à la torsion d'un kyste de l'ovaire, etc.

Lorsque la crise est passée la femme peut momentanément guérir, mais le plus souvent la gravité des symptômes cliniques impose l'intervention. Celle-ci a été pratiquée dans les différentes observations publiées.

TRAITEMENT

Une femme ayant présenté une ou plusieurs crises de salpingite, le médecin doit-il autoriser la grossesse?

Pajot « quand une femme présente une lésion de quelque importance déconseille la grossesse ». Et l'interdiction devra être d'autant plus rigoureuse que les dernières manifestations auront été plus récentes.

Peut-être l'emploi des vaccins permettra-t-il une stérilisation des lésions plus certaine que les traitements appliqués jusqu'ici. Des gynécologues ont utilisé dans des salpingites gonococciques des stocks-vaccins et ont obtenu des résultats indiscutables, l'utérus retrouvant sa mobilité dans un délai assez bref.

Si les lésions sont unilatérales, peut-on proposer une intervention? D'après un intéressant travail de Mme Boyer des femmes présentant des lésions annexielles unilatérales, et qui sont restées longtemps sans avoir d'enfants, sont plus facilement

fécondées lorsqu'on leur a enlevé l'organe altéré. Si cette règle de conduite peut convenir à certains cas, il ne nous semble pas possible de l'adopter d'une façon systématique. Affirmer par le seul examen clinique que les lésions sont limitées à un côté est difficile. Les présomptions peuvent être grandes, acquérir la certitude n'est souvent pas possible. L'examen préalable devrait en tout cas être particulièrement minutieux. Il ne faudrait pas négliger les divers procédés susceptibles de fournir quelques renseignements, toucher rectal, examen en position déclive, examen sous anesthésie si la malade est peu docile, si la paroi abdominale est épaisse. L'on devine combien serait embarrassante la situation de l'opérateur constant à l'intervention la bilatéralité des lésions chez une femme vivement désireuse d'être mère. Affirmer qu'une trompe ne permet pas et ne permettra jamais plus la fécondation peut être en beaucoup de ces cas tout à fait impossible.

Si la femme devient enceinte, la surveillance durant la grossesse devra être particulièrement suivie. Il faudra recommander d'éviter les fatigues, faire autant que possible garder la position horizontale. On n'oubliera pas que l'intestin peut jouer un rôle dans les rechutes si fréquentes des affections annexielles. L'emploi de lavements, de laxatifs doux, l'observation rigoureuse d'une bonne

Si celles-ci se produisent la conduite de l'accoucheur doit varier suivant la nature des lésions, suivant le moment où elles apparaissent.

Mais, d'une façon générale, on peut dire avec M. le Professeur Brindeau que « le traitement sera le même que si la femme n'était pas enceinte ». La gravité des interventions n'est pas accrue du fait de la grossesse. Nous savons, d'autre part, que la gravité du pronostic fœtal. Si le traumatisme opératoire fait courir dans une certaine mesure, les risques d'une interruption de grossesse, ces risques ne sont pas plus grands que ceux qui résultent de l'infection elle-même.

Lorsqu'on a posé le diagnostic de salpingite non septique, avec trompe augmentée de volume, douloureuse, sans élévation de température que faut-il faire? Le Professeur Brindeau « croit qu'il vaut mieux intervenir dès que le diagnostic est posé ». C'est l'avis qu'a donné le Professeur Bar chez une de ses malades (Obs. Brindeau) et la femme s'en est bien trouvée puisque la grossesse a continué sans complications. Il semble bien que ce soit en pareil cas conduite prudente tellement sont graves les accidents qui de façon très imprévue peuvent à chaque instant survenir.

Si l'intervention est décidée elle devra être exécutée avec le maximum de précautions pour ménager

l'utérus. Sa tolérance est cependant plus grande qu'on ne serait tenté de le croire à première vue. Dans une observation de Delagenière l'opération fut longue, laborieuse, les anses intestinales étaient adhérentes à l'utérus et aux annexes. Ces adhérences furent libérées, la malade guérit et la grossesse suivit son cours normal. Existe-t-il un moment optimum pour intervenir? Les observations publiées ne nous ont donné aucune indication à ce sujet.

Des injections de morphine (0 gr. 02 centigr par 24 heures) pendant les 5 ou 6 jours qui suivront l'opération permettront le plus souvent d'éviter l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Quand une complication infectieuse survient, le traitement varie avec sa nature. Il est rare qu'une collection suppurée vienne bomber dans le Douglas ou gagnant la fosse iliaque s'approche peu à peu de la paroi abdominale. Dans le premier cas il faut procéder à la colpotomie, dans le second évacuer le pus par une incision de la paroi. Des observations assez nombreuses montrent que la grossesse peut aller à terme dans ces conditions.

Ici la conduite à tenir prête peu à la discussion. Il n'en est pas de même lorsque survient une poussée de salpingite aiguë accompagnée d'un certain degré de pelvi-péritonite. Doit-on essayer de

refroidir? est-il préférable d'opérer de suite? Le Professeur Brindeau dit : « En dehors de la grossesse, la plupart des chirurgiens conseillent de refroidir, mais ici le refroidissement est beaucoup plus difficile à obtenir à cause de la congestion du petit bassin et des mouvements provoqués à la tumeur annexielle par l'utérus qui se développe. Je crois cependant qu'il vaut mieux refroidir, mais il est nécessaire de faire transporter la femme dans une maison de santé pour pouvoir intervenir immédiatement s'il survient de la péritonite ».

Nous nous rangeons à cet avis. Opérer à chaud c'est courir les risques d'une opération difficile, partant dangereuse pour le produit de conception et aussi pour la mère, c'est rompre des adhérences qui isolaient le foyer d'infection et souvent ouvrir une collection dont le pus est à ce moment très septique.

Un traitement médical rigoureux permet en général de surseoir à l'intervention. Il peut même permettre de l'éviter. Dans deux cas rapportés par de Vésian il en fut ainsi. Mais nous pensons avec le Professeur Brindeau, redoutant les accidents graves du travail, du post-partum que, les lésions refroidies, il faut opérer. L'on connaît d'ailleurs plusieurs observations de salpingites aiguës guéries à chaud où la grossesse est allée à terme.

Bower a signalé 8 cas où il en fut ainsi à la suite d'une double salpingectomie.

Les vaccins, là encore, trouveront peut-être une application utile.

Péritonite aiguë.

Il est nécessaire de distinguer la péritonite de la grossesse et celle des suites de couches.

Pendant la grossesse le cas se complique de la présence du fœtus dans la cavité utérine. Faut-il agir d'abord sur l'utérus, pratiquer le curettage s'il s'agit d'une grossesse de moins de 6 mois, d'un accouchement rapide au delà? Nous croyons que l'on doit proscrire toute évacuation utérine; elle nécessite lorsque la femme n'est pas en travail, des manœuvres souvent pénibles et longues qui occasionnent une perte de temps préjudiciable dans des cas où le succès dépend souvent de la rapidité de l'intervention. Ce qui est également grave, c'est qu'il en résulte un traumatisme véritable de l'abdomen qui pourra déterminer la rupture d'adhérences protectrices et ouvrir à l'infection la grande cavité péritonale.

Dans un cas rapporté par Wagner, Crété a fait la césarienne. L'enfant est mort quelques heures plus tard. Nous avons vu ce qu'il en est, en de pareilles conditions, du pronostic fœtal et cette intervention ne peut, à notre avis, se justifier.

Pour le Professeur Brindeau « si le diagnostic de

rupture tubaire a été posé, ce qui est parfois possible, lorsque la douleur a débuté dans une des fosses iliaques et lorsque le maximum de la douleur provoquée siège sur un des côtés de l'utérus, on pratiquera une incision latérale, soit verticale sur le bord externe du muscle droit, soit oblique et légèrement courbe comme pour une opération d'appendicite. Un flot de sérosité purulente sortira dès que l'abdomen sera ouvert. On explorera les annexes et si elles se présentent on les réséquera; si, au contraire, on les atteint difficilement ou si l'incision n'a pas porté du côté malade, on se contentera de placer plusieurs gros drains dans différentes directions.

« Lorsque l'intervention a lieu à droite on pensera à explorer l'appendice puisque nous avons vu qu'assez souvent il y avait propagation de l'infection de l'appendice à la trompe; si on le trouve facilement on le réséquera; si la recherche est pénible on n'insistera pas.

« Nous croyons en somme que l'essentiel, dans ce cas, est d'aller vite et de traumatiser le moins possible des malades dont l'état général est déjà si mauvais; à ce propos nous pensons que l'anesthésie générale doit céder le pas à l'anesthésie locale. L'anesthésie régionale à la novocaïne ou à la stovaïne suffit amplement à rendre l'opération supportable ».

Nous ne partageons pas entièrement cette opinion. Si l'intervention est suffisamment précoce, si l'état général permet d'espérer la guérison, si le poulx est bien frappé, pas trop accéléré, nous pensons qu'il faut s'efforcer d'appliquer ici les règles admises à l'heure actuelle dans le traitement des péritonites diffuses, règles que M. le Professeur Lecène résumait ainsi : « Le traitement chirurgical de la péritonite aiguë libre doit être avant tout précoce et pathogénique, pathogénique, car si on ne supprime pas la cause de la péritonite, les chances de succès après l'intervention resteront bien minimes, l'organe malade, laissé en place, continuant à être une source d'infection qui, sans cesse renouvelée, finira par emporter la malade ». Et nous considérons que la résection de la trompe ou de l'ovaire malade constitue un temps capital de l'intervention.

Pour faciliter la salpingectomie, l'ovariectomie nécessaires, l'incision médiane nous paraît préférable, elle donne un jour plus grand, elle permet d'explorer les deux côtés, avantages fort appréciables, car l'examen clinique ne permet pas toujours un diagnostic exact du siège des lésions et les annexes, nous l'avons vu, peuvent être en situation pelvienne ou en situation haute.

L'incision latérale, en particulier celle de Mac Burney, même considérablement agrandie, ne per-

met que difficilement d'atteindre le côté opposé du petit bassin, la fosse iliaque opposée. Récemment nous avons vu faire cette incision dans un cas où le diagnostic d'appendicite avait été porté. L'appendice fut reconnu sain, les annexes droites également. La trompe gauche seule était malade; elle occupait la partie supéro-interne de la fosse iliaque gauche. Il fut possible par l'incision élargie de la réséquer, mais l'intervention fut longue, pénible; l'on ne put vérifier si elle était complète. Et il n'y avait pas d'utérus gravide susceptible de compliquer encore la situation.

Si l'intervention est tardive, si le pouls est très rapide, petit, l'on peut se limiter à une incision sus-pubienne ou latérale faite à l'anesthésie locale, mais l'on ne peut rien attendre d'une opération aussi incomplète dans un cas aussi grave.

Il arrive souvent en pratique que le diagnostic reste hésitant, l'on pense tout autant à la perforation d'un appendice qu'à la rupture d'une trompe. Les accidents appendiculaires étant plus fréquents que ceux d'origine annexielle il est peut-être préférable de commencer par une incision latérale. Les adhérences qui ont pu s'établir entre la région appendiculaire et le reste de la cavité péritoniale sont plus sûrement respectées. Mais si l'appendice, à la vérification, apparaît sain, si les lésions cause de la péritonite ne se présentent pas d'elles-mêmes,

il vaut mieux, croyons-nous, en venir à une nouvelle incision médiane qui permet une exploration plus rapide et un traitement plus complet.

Dans tous les cas le pus sera évacué autant que possible, sans insister cependant outre mesure. Un drain sera laissé dans le Douglas. Si l'utérus était très développé, le drain aboutissant à une plaie médiane ne pourrait atteindre le Douglas que grâce à une coudure très accentuée qui mettrait obstacle à son fonctionnement, empêcherait toute aspiration. Mieux vaudrait faire alors une contre-ouverture latérale pour la sortie du drain.

Dans les suites de couches l'infection, nous l'avons vu, peut revêtir des allures très différentes.

S'agit-il d'une simple poussée aiguë, le traitement médical suffit à amener la rétrocession des accidents. Toute collection bombant dans un cul-de-sac ou venant à la paroi abdominale doit être évacuée.

Lorsque les complications prennent le type de l'infection puerpérale, il est important de savoir les attribuer à leur véritable cause. Les interventions sur l'utérus, curage, curetage susceptibles de provoquer des tiraillements, des ruptures d'adhérences péri-annexielles doivent être prosrites. Si le traitement médical reste sans effet, l'on devra recourir encore à la salpingectomie si les lésions sont unilatérales (cas de Baldy), à l'hysté-

rectomie si elles sont bilatérales (Obs. de Clénét). L'hystérectomie totale pourrait offrir quelques avantages, en particulier permettre un large drainage par le vagin. Mais l'hémostase peut être fort difficile dans ces tissus enflammés qui coupent sitôt que le catgut les étreint.

Dans le traitement de la péritonite des suites de couches le Professeur Brindeau croit qu'il faut envisager séparément les péritonites consécutives aux avortements des premiers mois et celles surviennent à une période plus avancée.

« Dans le premier cas l'opération de choix est l'hypérectomie vaginale, opération peu choquante et qui a pour avantage de produire un drainage en déclive. Si, cependant, l'état général est par trop grave, on pratiquera le même traitement que dans les cas de grossesse plus avancée. »

« Lorsque les accidents se produisent après trois mois, l'hystérectomie vaginale devient trop pénible et par conséquent trop choquante pour la femme. Il vaudra mieux agir par laparatomie, ouvrir l'abdomen par une incision latérale ou médiane suivant que le diagnostic de rupture d'un pyosalpinx a été ou n'a pas été fait. Si la trompe est mobile et se présente immédiatement aux yeux de l'opérateur on l'extirpera rapidement. Dans les autres cas, au contraire, on se contentera de placer des drains dans différentes directions de façon à faci-

liter le mieux possible l'écoulement du liquide. »

L'hystérectomie vaginale présente, en effet, ces avantages d'être une opération peu choquante et de permettre un drainage au point déclive. Mais l'on sait quelles terribles difficultés l'on peut rencontrer lorsque des adhérences solides fixent l'ovaire ou la trompe à la cavité pelvienne, à l'intestin, etc.

M. Cadenat préconisant dans un article récent l'hystérectomie vaginale au cours de l'infection puerpérale pense « que la difficulté de l'hystérectomie vaginale quand l'utérus est seul en cause, a été très exagérée. L'utérus post-gravide est mou et se déchire sous la pince de Museux, il résiste quand on le saisit largement avec des pinces à kystes ». Mais il laisse de côté « les cas où il existe des lésions annexielles anciennes fixant l'utérus ».

Si le diagnostic de rupture de pyosalpinx est posé, l'on doit compter sur des adhérences. La lecture de certaines observations montre en certains cas des adhérences minimes qui auraient permis une hystérectomie vaginale facile. Parfois même, nous l'avons vu, la trompe est absolument libre (Obs. V). Mais reconnaître par le seul examen clinique si ces brides existent ou non, mesurer ainsi le degré de leur résistance nous semble à peu près impossible. Et nous croyons préférable qu'il s'agisse d'un avortement des trois premiers mois ou, à plus

forte raison, de l'interruption d'une grossesse plus avancée, d'intervenir par laparatomie médiane. Là encore, à notre avis, la résection de l'organe cause de la péritonite, est indispensable. Suivant les cas il faut pratiquer la salpingectomie ou l'hystérectomie.

L'incision abdominale permet aussi de parer à une erreur de diagnostic.

Les soins post-opératoires sont ceux de toute péritonite diffuse.

Les résultats des différentes interventions pratiquées dans les cas de péritonite généralisée par lésions annexielles, au cours de la grossesse ou des suites de couches, sont peu encourageants. Pour en juger l'on ne peut tenir compte, il est vrai, que d'un petit nombre d'observations. Beaucoup renseignent insuffisamment sur la conduite opératoire, le moment de l'intervention, etc.

Si nous ne considérons que les cinq cas du Professeur Brindeau nous voyons que dans quatre d'entre eux l'intervention souvent précoce (12 heures, 48 heures, plusieurs jours, 12 heures après le début clinique) n'a pu éviter la mort, le foyer initial d'infection ayant été extirpé. Dans un sixième cas non opéré la terminaison fatale est survenue en 56 heures.

La torsion d'une salpingite kystique au cours de la grossesse, doit être traitée sans délai par la lapa-

rotomie et la résection de la trompe. Les résultats publiés sont favorables tant au point de vue maternel qu'au point de vue fœtal. Les malades qui ont été opérées au début de leur grossesse ont accouché à terme (Cas de Delassus opéré à 3 mois; cas de Pinard opéré à 4 mois).

CONCLUSIONS

Si la grossesse exerce en certains cas une influence favorable sur les lésions de salpingo-ovarite chronique, elle peut aussi provoquer des accidents.

Ces accidents résultent parfois de simples troubles mécaniques; la réactivation d'une infection mal éteinte, la réinfection peuvent aussi en être la cause.

Ils apparaissent : soit au cours de la grossesse, en particulier à son début (Brindeau 31 p. 100) ou près du terme, soit dans les suites de couches. Le rôle exact des salpingo-ovarites chroniques dans l'infection puerpérale est difficile à préciser. Elles donnent lieu, en général, à des accidents précoces, mais il semble bien que dans certaines complications tardives elles soient au moins cause prédisposante.

L'allure clinique de ces complications est extrêmement variable : douleurs seules, poussées aiguës

de salpingite, septico-pyohémie, péritonite généralisée.

L'existence d'une salpingo-ovarite surtout en évolution doit faire déconseiller la grossesse. En certains cas une salpingectomie unilatérale peut tout à la fois favoriser la fécondation et mettre à l'abri des accidents.

Lorsqu'une grossesse survient, la résection de l'organe malade est mesure de prudence.

Les accidents inflammatoires qui tendent à se localiser doivent être refroidis par un traitement médical. Le traitement opératoire peut être appliqué ensuite dans de meilleures conditions.

La septico-pyohémie des suites de couches liée à une salpingo-ovarite nécessite une salpingectomie, parfois une hystérectomie.

La péritonite diffuse, soit dans la grossesse, soit dans les suites de couches, commande une intervention immédiate ayant pour but principal l'ablation de la trompe ou de l'ovaire infectés. Les résultats obtenus jusqu'ici ont été très mauvais. Ces cas sont d'une gravité exceptionnelle. D'où utilité des interventions prophylactiques et nécessité d'un traitement très précoce si ces accident éclatent.

OBSERVATION I

(Inédite. — Service du Professeur BRINDEAU).

Abcès de l'ovaire. — Fausse couche. — Phénomènes infectieux.

Mme X.... 32 ans, opérée de rétroversion en 1915. Fausse couche en 1918. Grossesse normale en 1918-19, accouchement en mai 1919. En septembre 1919 la malade voit un médecin parce qu'elle souffre dans le bas-ventre; elle a quelques pertes blanches. Il lui trouve près de l'utérus une masse assez grosse. En octobre arrêt des règles. Le 8 décembre des douleurs abdominales apparaissent, la malade perd du sang, légèrement d'abord, abondamment ensuite; elle a des frissons. Le lendemain elle entre à la Pitié dans un service de chirurgie, la température est à 39°, les douleurs sont vives. Pas de curetage. Glace. Le 23 la malade est passée dans le service de M. Brindeau. Elle souffre toujours beaucoup, ne perd plus. La température est à 39°. L'abdomen bombe un peu dans sa partie sous-ombilicale droite. La pression provoque à ce niveau de la défense. Le toucher permet de sentir un utérus légèrement augmenté de volume et dans le cul-de-sac droit une masse de la grosseur d'une orange, dure, irrégulière. Pendant les douze jours qui suivent l'état reste le même. Le 5 janvier laparatomie médiane sous-ombilicale. La trompe droite est moniliforme, très épaisse. Elle débouche dans la cavité d'un abcès de l'ovaire. L'ovaire contient en outre un kyste non suppuré, du volume d'un œuf de poule, et qui est très nettement un kyste du corps jaune. Salpingectomie, ovariectomie droite. Guérison.

OBSERVATION II

(Inédit. — Service du Professeur BRINDEAU).

Salpingite. — Grossesse normale.**Poussée d'annexite aiguë dans les suites de couches.**

Mme X..., 27 ans. Accouchement normal en décembre 1916. Au début de 1917 apparaissent des pertes abondantes verdâtres, les règles deviennent douloureuses. En juillet 1917 pelvi-péritonite qui oblige la malade à garder le lit pendant 1 mois et demi. En mars 1919 cessation des règles. Grossesse normale sans douleurs. Accouchement le 30 décembre, rapide. Rupture tempes-tive des membranes. Délivrance naturelle complète. Aussitôt après la malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre, douleurs continues non calmées par l'anti-pyrine et qui persistent les jours suivants. La température atteint 40° le troisième jour et pendant deux semaines oscille entre 38° et 40°. Quelques Vomissements. Ventre légèrement ballonné. Le toucher pratiqué le troisième jour permet de reconnaître un utérus normal dont le col se ferme. Dans le cul-de-sac gauche l'on sent une masse dure, douloureuse, irrégulière, étendue de l'utérus à la paroi du petit bassin. Cette tuméfaction augmente de volume les jours suivants.

Par le repos, la glace, les injections chaudes les douleurs s'atténuent pour disparaître au bout d'une quinzaine de jours.

OBSERVATION III

(Inédite. Service du Professeur BRINDEAU).

Douleurs vives au cours de grossesse.

Lésions légères d'un ovaire.

Mme X..., 27 ans. A présenté avant sa grossesse des pertes blanches qui se sont exagérées depuis la suspension des règles. La malade entre à l'hôpital parce qu'elle souffre dans le côté droit. Ces douleurs surviennent par crises, elles sont extrêmement violentes, au point d'empêcher la malade de supporter le poids du drap. A l'examen, cicatrice d'opération d'appendicite. Défense musculaire dans la fosse iliaque droite. Au toucher, col mou, petit, utérus du volume d'une mandarine, douloureux à la mobilisation. Cul-de-sac gauche libre; le droit bombe dans le vagin.

Laparatomie exploratrice. On ne trouve rien pouvant expliquer les douleurs si ce n'est que l'ovaire droit est volumineux, dépoli, qu'il semble coincé entre la face postérieure de l'utérus et le ligament large. Suture de la paroi. Morphine. Accouchement à terme.

OBSERVATION IV

(Inédite. Service du Professeur BRINDEAU).

Salpingite. — Avortement. — Péritonite.

Intervention. — Mort.

Primipare amenée à l'isolement en pleine péritonite. Elle était enceinte de 3 mois environ et souffrait depuis sa grossesse. Elle avait des pertes blanches et présentait

des douleurs pelviennes avant de devenir enceinte. Pertes sanglantes s'accompagnant d'expulsion de caillots. Douleurs qui amènent l'expulsion d'un œuf de trois mois. Dès le lendemain élévation de température avec douleurs très violentes dans l'abdomen, vomissements. Transport à la Pitié. Etat grave, facies péritonéal, pouls très rapide, cyanose des extrémités. A présenté des vomissements verts, mais ne vomit plus. Abdomen météorisé, peu douloureux, sauf dans les fosses iliaques. Au toucher : col ouvert, utérus gros, immobile, douloureux, empatement dans le Douglas et la fosse iliaque. Etant donné les accidents brusques et les antécédents on pense à de la pelvi-péritonite consécutive à une salpingite antérieure à la grossesse et compliquée de péritonite généralisée du fait de l'avortement.

Intervention : incision sous-ombilicale. Issue d'un flot de bouillon sale. On passe la main derrière l'utérus, il s'écoule du pus crémeux, épais. La main explore l'utérus qui est sain. La trompe droite est turgescence, du volume du petit doigt; le pavillon est œdématié, violacé. Au moment où l'on extrait les annexes il s'écoule une véritable éjaculation de pus très épais. Résection de la trompe et de l'ovaire. Lavage éther. Deux drains. Mort le lendemain.

OBSERVATION V

(Inédite. Service du Professeur BRINDEAU.)

Salpingite. — Péritonite pendant la grossesse.

Intervention. — Guérison.

Primipare ayant des pertes blanches, mais n'ayant jamais souffert du ventre. Enceinte de 3 mois et demi environ; présente depuis sa grossesse quelques dou-

leurs dans la fosse iliaque droite. Pas de constipation. Les pertes ont augmenté et sont devenues verdâtres depuis qu'elle est enceinte. Douleur subite, violente dans le côté droit qui l'amène à la Pitié avec diagnostic d'appendicite. Facies un peu grippé, pouls rapide mais bien frappé. Vomissements bilieux. Abdomen un peu ballonné. Défense nette à droite (ventre de bois). Col fermé mais très ramolli, pertes sanguinolentes. Uterus gros (3 mois et demi environ), peu mobile. Empâtement dans le cul-de-sac postérieur et à droite. Diagnostic appendicite ou plutôt salpingite gonococcique compliquant la grossesse. Ce diagnostic est basé sur les antécédents, sur la douleur à la mobilisation de l'utérus et l'empâtement du Douglas. Opération pratiquée 36 heures environ après le début des accidents. Incision dans le flanc droit, issue d'une assez grande quantité de bouillon sale dans lequel flotte de la fibrine. La trompe droite sort immédiatement par l'incision. Elle est très mobile, rouge, turgescence, les franges violacées et œdématisées. En la saisissant dans les doigts il s'écoule du pus épais (pus de blennorrhagie aiguë). Résection de la trompe, lavage à l'éther, drainage. Trompe gauche et appendice sains.

Le lendemain contractions utérines et expulsion d'un œuf complet. Travail de fausse couche probablement commencé avant l'opération (utérus dur, col très mou, pertes de sang). Guérison.

Examen du pus de la trompe : gonocoque pur.

Vu : Bon à imprimer : Vu et permis d'imprimer :
Le Président de Thèse, Le Recteur de l'Académie de Paris,
 BRINDEAU. APPEL.

Vr

Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- BALDY. — *Obst. soc. of Philad.*, avril 1877; *Phil. med. soc. transac.*, 1893.
- BAR et BRINDEAU. — *Ann. de gyn.*, 1874, p. 9.
- BLANC. — *Ann. de gyn.*, 1874, p. 9.
- BOISSARIE. — *Ann. de gyn.*, 1874, p. 9.
- BOUFFE DE SAINTE-BLAISE. — *Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, octobre 1905.
- MME BOYER. — *In J.-L. Faure et Siredey*.
- BOWEE. — *Americ. Journ. of obstetrics*, 1900, vol. XLI.
- BRINDEAU. — *Soc. d'obst. de Paris*, 1908, 1911; *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, janvier, février, mars 1917.
- CAMPIONE. — *Ann. de gyn.*, mai 1908.
- CLENET. — *Thèse de Paris*, 1906.
- CORNILLON. — *Thèse de Paris*, 1872.
- DELAGÉNIÈRE. — *Arch. provinc. de chirurgie*, 1894, n° 729.
- DELASSUS. — *Arch. de tocol.*, 1895.
- DELBET. — *Suppurations pelviennes chez la femme*, Paris, 1891.
- FAURE et SIREDEY. — *Thèse de Nancy*, 1902.
- FRUHINSHOLZ. — *Thèse de Nancy*, 1902.
- FRAIPONT. — *Nouv. arch. d'obst.*, 1894, n° 11.
- GILLE. — *Thèse de Nancy*, 1900.

- GOSSET et MOUCHOTTE. — *Ann. de gyn.*, 1900, p. 512.
- GOULLIQUÉ. — *Congrès de chirurgie*, Paris, 1894.
- GROSSE et HERRENSCHMIDT. — *Soc. d'obst. de gyn. et de péd.*, juin 1904.
- IMLACH. — *Liverpool Med. chir. Journ.*, 1886.
- KOITS et REED. — *Americ. Journ. of obst.*, août 1903.
- LECÈNE et FROIN. — *C. R. Acad. des sciences*, 22 mai 1916.
- LECÈNE. — *Journal de chirurgie*.
- LEGUEU. — *Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1903; *Rev. int. de méd. et de chir.*, oct. 1898.
- LONGATTE. — *Americ. Journ. of obst.*, 1887, p. 870.
- MARY. — *Thèse de Paris*, 1908.
- MÉGRAT. — *In Blanc*.
- PAQUY. — *Thèse de Paris*, 1897.
- PÉNARD. — *Thèse de Paris*, 1912.
- PINARD et PAQUY. — *Soc. d'obst. et de péd.*, octobre 1901.
- ROB. — *S. anat.*, 1916, p. 365.
- TÉMOIN. — *Semaine méd.*, 1891.
- DE VÉSIAU. — *Thèse de Toulouse*, 1902.

Imprimerie de " *L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE* "

7, rue de Valois, Paris.
